**ANEXO I - REQUERIMENTO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIPO A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Prefeitura Municipal de Cariacica  Secretaria Municipal de Saúde  Gerência de Vigilância em Saúde  Coordenação de Vigilância Sanitária | | | | | | | | | | | | | | |
| **Este formulário deverá ser totalmente preenchido com letra de forma ou digitado.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **REQUERIMENTO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIPO A:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Licença Sanitária Inicial** | | | | | | | | | | | **Assentimento Sanitário** | | | | |
| **Renovação da Licença Sanitária** | | | | | | | | | | | **Dispensa Sanitária** | | | | |
| **Alteração da Licença Sanitária** | | | | | | | | | | | **Certificado Veicular** | | | | |
| **Outros:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BAIXO RISCO,** não se aplica o licenciamento sanitário | | | | | **MÉDIO RISCO**, se aplica o licenciamento simplificado | | | | | | **ALTO RISCO**, se aplica o licenciamento após inspeção | | | | |
| 1. **DADOS DO REQUERENTE:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome / Razão social**(\*)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de empresa**(\*)**:  MEI  Autônomo  ME ou EPP  Produtor Rural/Agricultor Familiar  Demais empresas: | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF / CNPJ**(\*)**: | | | | | | | | | | Inscrição Municipal**:** | | | | | |
| Endereço**(\*)**: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número**(\*)**: | | | | Complemento**(\*)**: | | | | | | | | | | | |
| Bairro**(\*)**: | | | | | | | CEP**(\*)**: | | | | | Área do estabelecimento**(\*)**: | | | |
| Telefone do estabelecimento**(\*)**: | | | | | | | | E-mail do estabelecimento**(\*)**: | | | | | | | |
| Dados do representante, SE HOUVER**(\*)**  Nome**(\*)**: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone do representante**(\*)**: | | | | | | | | E-mail do representante**(\*)**: | | | | | | | |
| Responsável Técnico: | | | | | | | | | | | | | Reg. Conselho de Classe: | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| O local é utilizado APENAS para escritório administrativo? **(\*)**  **Obs.: Não se aplica para a atividade de transporte que conforme padrão, é realizada fora do estabelecimento.** | | | | | | | | | SIM, com importação de produtos  SIM, sem importação de produtos  SIM, endereço fiscal com prestação de serviço em outro local  NÃO | | | | | | |
| 1. **Horários de funcionamento:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIA SEMANA** | **Manhã** | **Tarde** | | | | **Noite** | | | **DIA SEMANA** | | **Manhã** | | | **Tarde** | **Noite** |
| **Domingo** |  |  | | | |  | | | **5ª feira** | |  | | |  |  |
| **2ª feira** |  |  | | | |  | | | **6ª feira** | |  | | |  |  |
| **3ª feira** |  |  | | | |  | | | **Sábado** | |  | | |  |  |
| **4ª feira** |  |  | | | |  | | |  | |  | | |  |  |
| 1. **CNAEs de interesse da saúde segundo a** [**Portaria SEMUS 9/2022**](http://www.legislacaocompilada.com.br/cariacica/legislacao/norma.aspx?id=22458&tipo=22&numero=9&ano=2022)**(\*):** | | | | | | | | | | | | | | **Exerce efetivamente? (\*)** | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Sim  Não | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Sim  Não | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Sim  Não | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Sim  Não | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Sim  Não | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Sim  Não | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Sim  Não | |
| 1. **TERMO DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA - AUTODECLARAÇÃO:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.1)Declaro, para os devidos fins, sob pena das sanções cabíveis, conforme legislação vigente, que sou responsável pela(o):**  I. Observância dos requisitos de segurança sanitária relacionados à atividade que desenvolvo;  II. Cumprimento dos prazos estabelecidos e registrados pela autoridade sanitária, quanto às condições impostas para o exercício das atividades econômicas de interesse da saúde;  III. Requerimento de novo licenciamento ou dispensa sanitária sempre que:  a) Realizar alteração contratual com inserção ou exclusão de atividades de interesse à saúde efetivamente exercidas;  b) Iniciar atividades de interesse à saúde não licenciadas em Licença Sanitária vigente;  c) Iniciar atividades de interesse à saúde classificadas como alto risco;  IV. Comunicação nos casos de quaisquer intervenções que impliquem em alteração da estrutura física ou dos usos a que se destinam os ambientes, bem como incorporação de novas atividades ou tecnologias;  V. Comunicação do encerramento das atividades do estabelecimento.  **6.2)Declaro estar ciente que:**  I. Caso sejam verificadas divergências ou desconformidade nas informações prestadas no requerimento de licenciamento sanitário, o alvará emitido por rito simplificado poderá ser anulado;  II. A legislação sanitária deverá ser cumprida, garantindo o gerenciamento do risco sanitário com a adoção das medidas apropriadas a minimização dos riscos à saúde da população na prestação dos serviços e/ou fornecimento de produtos de interesse a saúde;  III. O cumprimento dos requisitos de segurança sanitária para o exercício de determinada atividade econômica será verificado por meio de inspeção sanitária e/ou análise documental;  IV. A autoridade sanitária, no desempenho de suas atribuições e atendidas as formalidades legais, tem livre acesso, em qualquer dia e hora, a estabelecimentos, ambientes e serviços de interesse direto ou indireto para a saúde, para inspeção e aplicação de medidas de controle sanitário;  V. **É meu dever manter a documentação pertinente à atividade, vigente, e disponível para avaliação das autoridades sanitárias no local de exercício da atividade**;  VI. As ações de fiscalização de vigilância sanitária às quais minha(s) atividade(s) está(ão) submetida(s) são/serão objeto de lançamento da taxa de Vigilância Sanitária, sendo de minha responsabilidade o acompanhamento da geração do boleto pelo site da prefeitura, bem como seu pagamento. A ausência do pagamento da taxa, após 30 (trinta) dias de sua emissão, inscreverá o débito em dívida ativa.  **6.3)Em caso de atividade de interesse da saúde que para o regular exercício dependa de responsabilidade técnica:**  **I. Declaro que consta registro de técnico habilitado, junto ao conselho profissional, conforme documentação comprobatória anexa.**  **6.4)Em caso de empresas que realizam o transporte de produtos de interesse da saúde**:  I. Declaro que para o transporte são utilizados veículos próprios e ou contratado conforme cópias anexas dos documentos veiculares.  **6.5)Declaro que o(s) telefone(s) e e-mail(s) informado(s) neste requerimento é(são) oficial(is) da empresa e autorizo previamente o envio de informações por esta via, estando ciente que é de nossa responsabilidade informar à Prefeitura Municipal de Cariacica sempre que houverem mudanças de correio eletrônico.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data**(\*)**:  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Assinatura do Proprietário/Representante Legal (Procurador) **(\*)**: | | | | | | | | | | | | |
| **QUALQUER RASURA INVALIDA ESTE FORMULÁRIO.**  **CAMPOS MARCADOS COM (\*) SÃO DE PREENCHMENTO OBRIGATÓRIO.** | | | | | | | | | | | | | | | |